DES

ABCÈS

EN GÉNÉRAL.

N° 95.

4.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 25 JUILLET 1840,

PAR

FRANÇOIS BRONICKI,

de Dwiekozy (POLOGNE);

Élève de l'École pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, ex-Chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu St-Éloi de Montpellier, Membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, Bachelier ès-lettres, ès-sciences de l'Université de Cracovie.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Si le malade est en danger de mort, risque tout pour le sauver, même ta réputation.

HUFFELAND.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT, Prés.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL, Exam.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, Suppl.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.	MM. Jaumes.
Bertin, Examinateur.	Poujol.
Batigne, Exam.	Trinquier.
Bertrand.	Lescellière-Lafosse.
Delmas fils.	Franc.
Vailhé, Suppl.	Jalaguier.
Broussonnet fils.	Bories.
Touchy.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MADAME

MARTIN-PORTALÈS

ET A

MESDAMES SES FILLES.

A MONSIEUR ET MADAME BOUCHÉ-MARTIN,

A MONSIEUR ET MADAME LEVAT,

ET LEURS HONORABLES FAMILLES.

Loin de ceux que le cœur d'un homme peut avoir de plus cher, j'ai eu le bonheur de trouver au milieu de vous la bonté et la tendresse de ma famille chérie. En vous rendant le témoignage public de ma reconnaissance, je ne satisfais qu'en partie mon cœur, qui désire vivement de pouvoir vous exprimer les sentiments que vous lui avez inspirés, et dont il sera à jamais pénétré.

F. BRONICKI.

A MON AMI

ADAM PIGŁOWKI.

Amitié inaltérable.

F. BRONICKI.

DES

ABCÈS

EN GÉNÉRAL.

CHAPITRE PREMIER.

Des abcès.

On donne le nom d'abcès à toute accumulation de pus dans une cavité anormale formée au sein de l'économie.

Nous croyons que cette définition est suffisante pour distinguer les abcès des autres collections pu-

rulentes, comme l'empyème et l'épanchement, car ceux-ci se forment dans une cavité normale du corps.

Une fois la définition établie, nous croyons devoir entrer dans quelques considérations abrégées sur l'histoire et l'étymologie de la maladie qui nous occupe. Hippocrate a donné sur elle quelques notions; Celse profitant, en homme judicieux, des travaux du Père de la médecine, les a reproduites en y ajoutant quelques réflexions sur les abcès de l'aine et de l'aisselle.

C'est à lui que nous devons le mot abcès, qu'il a fait dériver d'*abscedere*, s'éloigner, s'écarter, parce que les parties auparavant contiguës se trouvent écartées et séparées par le pus qui se creuse un foyer, ou parce que le pus est séparé du sang. Nous ne voulons pas discuter en ce moment cette dernière opinion, car nous lui avons réservé une place à part.

Dans le moyen-âge, il y a eu des auteurs qui se sont signalés par de belles recherches sur cette partie de la science : Albucasis décrivit les abcès qui précèdent la sortie du fœtus dans la grossesse extra-utérine; Rhazès signala les abcès du testicule et du cerveau; Mariano-Sancto, en 1526, présenta le premier traité spécial sur les abcès; un siècle plus tard, M.-A. Severin écrivit un ouvrage diffus, mais riche en observations. En 1764, on trouve, dans les prix de l'Académie de chirurgie, un excellent mémoire de David, sur le traitement et les moyens d'ouvertures des abcès ; à peu près à la même époque,

Hunter présenta ses belles recherches sur l'inflammation suppurative, ou plutôt donna le développement complet des idées de Brugmann. Les chirurgiens de notre époque ne sont pas restés en arrière ; ils ont aussi porté à la science leur tribut richement orné. C'est une vérité dont il est facile de se convaincre quand on jette les yeux sur tant de mémoires, de traités spéciaux et de dictionnaires qui ont été publiés de nos jours.

Les abcès étant souvent le produit d'une inflammation, comme l'ont démontré Hunter, Boyer, Dupuytren et tant d'autres écrivains célèbres, dans ces cas ils doivent être évidemment précédés ou accompagnés, dans leur développement, par des phénomènes inflammatoires. Subordonnée à la violence, au siége et à la marche de la cause qui leur donne naissance, l'inflammation peut affecter des tissus différents, avoir plus ou moins d'intensité ; de là, formation plus ou moins lente ou rapide des collections purulentes, leurs différences d'étendue, et la variété des liquides qu'elles renferment.

Toutes ces données ont invité des auteurs à donner des classifications différentes des abcès, plus ou moins conformes à nos vues, que nous n'avons pas l'intention de discuter ; nous voulons nous borner à les étudier d'après leur nature, leur siége, leurs causes, leur marche, leur terminaison. Nous établirons trois divisions principales, d'après les rapports du lieu

que les abcès occupent. Ainsi nous distinguerons des abcès idiopathiques ou développés dans le lieu même de la collection purulente ; des abcès symptomatiques ou formés dans un lieu plus ou moins éloigné de celle-ci, mais communiquant avec elle ; des abcès métastatiques ou transportés d'un lieu à un autre plus ou moins éloigné.

Nous nous réservons, dans chacune de ces trois classes, de faire des subdivisions nécessaires, conformément à nos idées.

ARTICLE PREMIER.

DES ABCÈS IDIOPATHIQUES.

Ces abcès sont ceux qu'on observe le plus fréquemment; aussi décrirons-nous à leur occasion l'histoire générale de ces tumeurs, nous réservant de signaler les détails quand nous parlerons de chaque espèce d'abcès.

Ils succèdent souvent à une inflammation aiguë, caractérisée par des symptômes bien prononcés, et se forment dans un espace de temps assez court. On les nomme alors abcès aigus ou phlegmoneux chauds: mais lorsqu'ils succèdent à une inflammation lente, obscure, dont les symptômes ne sont pas apparents, au moins dans les premiers temps de la maladie, ils ne se forment que très-lentement, et prennent le nom d'abcès froids ou chroniques.

Les développements dans lesquels nous allons entrer se rapporteront plus spécialement au premier genre.

§ I. — *Des abcès aigus.*

Causes. — Elles sont locales ou générales, externes ou internes. Les abcès qui se manifestent sous l'influence des premières sont très-fréquents et dépendent le plus souvent de violence directe sur la partie, de l'attrition de tissus, de la présence d'un corps étranger. Les corps solides venant du dehors sont de nature très-variable ; c'est pour cette raison que nous ne voulons pas insister sur leur énumération ; nous ajouterons seulement que leur présence n'est pas toujours immédiatement suivie d'inflammation suppurative et éliminatoire. Morgagni a bien observé que, dans quelques cas, la nature provoque un travail très-simple pour constituer une membrane nouvelle, pour séparer le corps étranger des autres tissus. Maunoir rapporte qu'un homme se donna un coup de couteau dans la région lombaire ; la moitié de la lame séjourna dans la partie pendant dix-sept années, et ne détermina un abcès qu'à cette époque.

Boyer raconte, dans son traité de chirurgie, qu'un soldat, à la bataille de Waterloo, reçut une balle dans le front ; au bout de quelques mois, il était complètement guéri : quatre ans plus tard, il mourut d'une autre maladie ; on trouva la balle renfermée

dans un kyste de l'hémisphère droit du cerveau, lequel était déjà un peu ramolli, et probablement aurai fini par former un abcès. Ces corps étrangers peuvent être liquides ou solides.

Morand cite l'exemple d'un élève en pharmacie qui, s'étant piqué le doigt avec un pipeau rempli de mercure, a vu se développer autant d'abcès qu'il y avait de globules de ce métal. On peut citer l'opération de l'hydrocèle par injection avec le vin; lorsque ce liquide est introduit dans du tissu cellulaire environnant, il produit de suite une inflammation suppurative le plus souvent si violente, qu'elle se termine par la gangrène. Les causes locales et internes peuvent être également solides ou liquides.

Les corps solides appartiennent à l'économie, et consistent, soit en des esquilles suite de fractures comminutives, soit en des séquestres, soit en des concrétions de diverse nature, soit encore en des débris de grossesses extra-utérines qui ne sont expulsés qu'à la faveur d'abcès qui leur fraient une route : Dupuytren et M. Velpeau ont cité deux cas d'abcès formés chez l'homme, dans le scrotum, par la présence de débris de fœtus.

Les épanchements urinaires, ceux de la bile, ceux d'excréments semi-fluides, sont promptement suivis d'abcès qui portent leur nom, et s'accompagnent de dangers plus ou moins grands.

Aux causes générales nous pouvons rapporter cer-

taines prédispositions inhérentes à l'état actuel du sujet, telles que le tempérament sanguin, l'âge adulte, la constitution scrophuleuse, l'infection virulente ancienne ou récente; on peut ajouter aussi la diathèse purulente.

Formation et caractères anatomico-pathologiques des abcès.

Maintenant que nous avons étudié les causes des abcès, tâchons de décrire leur marche naturelle.

Lorsque le point phlogosé est sous-cutané, il se manifeste une tuméfaction plus ou moins considérable, circonscrite, dure, élastique. Le malade se plaint d'une douleur vive, avec élancements, et plus tard pulsative; la peau devient d'un rouge foncé, surtout au centre de la tumeur : cette rougeur ne disparaît pas par la pression, comme dans l'érysipèle. Un état de malaise général, des lassitudes, des frissons qui, suivant l'observation de Hunter, sont plus communs au commencement des inflammations spontanées, que dans les inflammations suite de lésions externes, la perte de l'appétit, de la soif, de la céphalalgie, la fréquence du pouls, précèdent quelquefois le développement de la phlegmasie locale, le plus souvent l'accompagnent, et indiquent que le cœur, l'estomac et le cerveau y prennent une part plus ou moins active. Lorsque le pus se forme, ce qui a le plus fréquemment lieu du quatrième au cinquième jour,

souvent plus tard, on voit la plupart du temps ces symptômes diminuer d'intensité ; il y a une sorte de détente générale et locale, à l'aide de laquelle on explique la cessation de l'état comateux que présentent les malades atteints d'encéphalite qui se termine par suppuration ; la douleur locale diminue, elle change de nature ; de pulsative qu'elle était, elle devient gravative, et fait éprouver la sensation d'une pesanteur, d'une tension incommode ; des battements isochrones à ceux du pouls se manifestent ; on observe la diminution, la chute de la fièvre, à laquelle succède un pouls large, souple, ondulant ; enfin, des frissons irréguliers parcourent le dos, les lombes, et quelquefois les membres inférieurs.

La tuméfaction, suite de la phlogose, ne disparaît pas en entier lors de la formation du pus ; mais elle abandonne la périphérie de la tumeur, se concentre vers sa partie moyenne où le pus se développe en premier lieu, et ce point, d'abord simplement œdématié, s'élève et se ramollit ; la rougeur, la tension suivent la même marche, et tandis que la circonférence de la tumeur revient à son état normal, reprend sa souplesse et sa coloration, le point culminant devient rouge foncé, puis bleuâtre, et s'étend de plus en plus. En même temps, la portion des téguments qui le recouvrent s'amincit et devient toujours moins susceptible de résister à l'effet du pus qui la soulève. Enfin, c'est ici le signe local

par excellence ; on peut, en touchant convenablement la partie affectée, imprimer au liquide qu'elle renferme un mouvement connu sous le nom de fluctuation ; nous nous bornons à ces quelques mots sur le diagnostic, car nous lui avons réservé un article à part. Nous ajouterons seulement que le pus ne se rassemble pas toujours en foyer distinct, et qu'il est une remarquable variété de l'inflammation phlegmoneuse dans laquelle la matière purulente ne fait que s'infiltrer, sans qu'il y ait écartement notable des tissus. Ducan d'Édimbourg, Dupuytren (1), ont décrit, sous le nom de *phlegmon diffus*, cette suppuration non limitée que d'autres nomment *érysipèle phlegmoneux*. Si, le scalpel à la main, on constate l'état anatomique de ces abcès, on voit qu'ils sont multiples, ou que plutôt le pus a décollé au loin les téguments qui, en certains endroits, se sont plus amincis, et quelquefois mortifiés, faute de sucs nutritifs. Suivant Dupuytren, dès le début, le tissu cellulaire est frappé de suppuration, et si on l'examine à cette époque, il représente une espèce de réseau spongieux infiltré de pus. Vainement alors on chercherait une membrane puogénique : bientôt ce tissu cellulaire se détache par lambeaux ; quelquefois il se détruit complètement, de manière que les divers organes dans l'intervalle desquels il

(1) Leçons orales de clinique chirurgicale, tom. II.

existait, sont désunis et comme disséqués. La marche de ce phlegmon est envahissante, et sa terminaison fréquemment funeste.

Si, à cette époque, l'art ne vient pas mettre un terme à la maladie, le foyer purulent augmente peu à peu, l'épiderme se détache, la peau s'amincit davantage au centre de la tumeur; elle blanchit, prend une teinte livide, se ramollit et se rompt au point même où s'est manifestée une légère phlyctène. Par cette ouverture, le plus souvent étroite, s'échappe la majeure partie du pus. Dans quelques cas où cette terminaison n'est pas survenue avec assez de rapidité, la peau, décollée dans une grande étendue, dépouillée des couches celluleuses sur lesquelles elle repose et qui lui fournissent ses vaisseaux nourriciers, se détruit dans un plus grand espace, se gangrène même, ce qui amène une ouverture beaucoup plus considérable et souvent irrégulière. Telle est la marche la plus habituelle des abcès aigus sous-cutanés, marche dont il est facile de suivre pas à pas les diverses périodes; mais ce n'est pas aussi facile dès que la scène morbide se passe dans des parties plus profondes. Ainsi, on éprouve déjà une grande difficulté à observer les abcès développés dans l'épaisseur des parois de la poitrine ou de l'abdomen, et cette difficulté augmente encore lorsque la suppuration s'effectue dans l'épaisseur des membres, au-dessous des lames apo-

névrotiques, au milieu de muscles larges et épais, comme on l'observe au bras et à la cuisse.

Ces abcès profonds, quelle que soit d'ailleurs la cause qui les ait produits, donne lieu à des symptômes très-graves. Les aponévroses d'enveloppe qui sont inextensibles ne permettent pas aux parties sous-jacentes de se gonfler et d'acquérir le volume qu'exige l'inflammation. Alors le pus qui s'est formé fuse dans les interstices cellulaires, dissèque les muscles et les vaisseaux, et finit de proche en proche par envahir la presque totalité du membre. Celui-ci est gonflé, tendu, très-douloureux; le tissu cellulaire sous-cutané est engorgé et comme œdémateux; des symptômes généraux, parfois alarmants, accompagnent ces désordres profonds de l'épaisseur des membres, et exigent de prompts débridements. On peut rapprocher de ces abcès ceux de l'intérieur du globe oculaire, que nous avons vu plusieurs fois survenir après l'opération de la cataracte, et ceux des gaînes des tendons des doigts, connus sous le nom de panaris. Les organes internes deviennent aussi le siége d'abcès qui, outre les signes déjà connus, se révèlent encore par ceux de la lésion de fonctions dont ils sont chargés. Ceux du foie et du poumon sont le plus communs; on peut ajouter encore ceux de la prostate; car, dans ces derniers temps, les journaux des hôpitaux les ont souvent mentionnés. Parmi les cas de cette espèce que nous avons observés à la clinique

de l'Hôtel-Dieu St-Éloi, pendant le service de M. le professeur Lallemand, nous citerons celui d'un officier de la marine, qui avait comme une sorte d'idiosyncrasie pour ce genre d'affection; car, à chaque inflammation de l'appareil génito-urinaire, il avait des abcès de la prostate qui, lorsqu'on ne se hâtait pas de les ouvrir de bonne heure, se faisaient jour à travers le canal de l'urètre, et produisaient de cette manière des fistules plus ou moins longues à guérir, ce que nous avons constaté dans le courant de l'année dernière. M. le professeur Caizergues nous a cité, à la clinique médicale, le cas d'une femme prédisposée à des inflammations de la gorge qui se terminaient toujours par l'abcès d'une amygdale, quelles que fussent les précautions dont il fît usage dès le début. On a également observé des abcès dans les centres nerveux (M. Lallemand), où ils occasionnent la stupeur et le coma. Ils ne sont pas rares dans les reins, puisque, dans des autopsies cadavériques, on rencontre souvent des cicatrices dans ces organes; ils le sont davantage dans la rate, où leurs signes sont très-obscurs. Nous ne voulons pas oublier les abcès stercoraux et les abcès de la fosse iliaque droite, sur lesquels Dupuytren avait appelé avec raison l'attention des praticiens; car ils sont très-dangereux et le plus souvent mortels, à cause de la proximité de la membrane péritonéale.

Nous pourrions peut-être encore ajouter à l'énu-

mération que nous venons de faire d'autres genres d'abcès; mais comme ils sont ou des symptômes ou des crises de maladies, nous les renvoyons à leur place respective.

En finissant la partie pathogénique des abcès, nous dirons avec Dance (1): que les abcès ne sont pas un résultat nécessaire de toute inflammation suppurative; autrement il n'est pas d'organe, il n'est pas de tissu qui ne pût en être le siége; car il n'en est pas, si l'on excepte l'épiderme, ses appendices, les dents et peut-être les cartilages, qui ne puisse s'enflammer et suppurer. Mais pour qu'il y ait abcès, il faut que le pus se rassemble en un foyer distinct : or, cette agglomération du pus exige des conditions particulières de structure; elle n'est pas également facile dans tous les tissus; il en est plusieurs même qui ne la comportent pas. Elle n'a jamais lieu, par exemple, dans le tissu fibreux, fibro-cartilagineux, ni dans l'épaisseur des os, des membranes séreuses, synoviales. Toutes ces parties, bien que sujettes à l'inflammation suppurative, sont tout-à-fait inaptes à la formation d'abcès véritables.

Mode de formation du pus.

Après avoir exposé le développement des abcès,

(1) Dictionnaire de médecine en 25 volumes.

nous sommes conduit par l'ordre des idées à parler du fluide qu'ils renferment.

Les auteurs n'étant point unanimes sur son mode de formation, nous tâcherons de discuter en quelques mots leur opinion, dans le but de former la nôtre.

On peut rapporter à quatre ordres principaux les opinions émises à ce sujet, savoir : 1° la formation du pus dans le vaisseau et sa suppuration par sécrétion dans les parties enflammées; 2° la transformation des éléments du sang en pus; 3° la production d'un organe nouveau chargé de sécréter le pus; 4° le détritus des organes, ou la combinaison de leurs débris avec les éléments du sang.

1° L'opinion que le pus se forme d'abord dans les vaisseaux d'où il est ensuite exsudé par une action analogue à la sécrétion, fut indiquée par Sympson (1). Le docteur Morgan de Philadelphie l'a aussi exposée d'une manière plus complète; Brugmann, et particulièrement Hunter, n'ont pu réussir à faire admettre généralement ces idées sur la puogénie; bien que ce dernier ait employé tout son talent pour combattre l'opinion de Boërhaave, et établir sur des expériences la vérité de la science.

D'après ces divers auteurs, les vaisseaux de la partie enflammée sont modifiés de manière que le sang qui la traverse éprouve un changement, une décompo-

(1) *Dissertationes de re medicâ* (1722).

sition, une suppuration de ces éléments, comme lorsqu'il traverse les vaisseaux d'une glande. Hunter dit que les capillaires doivent prendre une disposition particulière ou structure nouvelle, et par suite exercer un nouveau mode d'action sur le sang, et il comprend, par cette nouvelle disposition de ces vaisseaux, l'action particulière qui détermine la formation du pus. De Haën avait aussi admis la sécrétion du pus; mais il suppose que, dans le cas d'inflammation, ce liquide était déjà tout formé dans le sang, au lieu de se constituer dans les vaisseaux modifiés de l'organe malade. L'opinion exprimée par Brugmann et Hunter a été adoptée de nos jours par Béclard (1). Le professeur Andral est aussi de la même opinion.

2° On trouve deux nuances bien tranchées dans l'opinion de ceux qui ont avancé que la puogénie était due à une transformation des éléments du sang. La première porte le cachet des doctrines humorales, et tend à faire considérer le pus comme le résultat d'un changement particulier du sérum sanguin, causé par une sorte de fermentation que subit la partie enflammée; l'autre, plus spécieuse, s'établit d'après la contemplation microscopique des phénomènes de la puogénie, et cherche à faire apprécier la transformation progressive de globules cruoriques en globules purulents. Pringle et Gaber, principaux fonda-

(1) Anatom. générale, pag. 653.

teurs de l'hypothèse de la fermentation, cherchèrent à la confirmer par des expériences directes : le médecin anglais crut observer plusieurs fois que la sérosité du sang exposée quelque temps à un degré de chaleur modérée, devenait trouble et déposait un sédiment blanc et purulent; Gaber de Turin entreprit d'autres expériences qui parurent confirmer la doctrine de Pringle, et imagina de renfermer une certaine quantité de sang dans une petite vessie, et de l'exposer à une température de 32° R. Une matière puriforme transsudait bientôt des parois de la vessie. Ces résultats sont, comme on le voit, assez grossiers; ils n'entraînent aucune conviction, et le cèdent de beaucoup aux observations de M. Gendrin. Dans un ouvrage qui contient d'excellentes recherches d'anatomie pathologique (1), le docteur Gendrin s'est efforcé de prouver que le pus n'est que du sang altéré. « Si on examine au microscope, dit-il, une portion de tissu cellulaire où l'œil ne fait connaître qu'un mélange de sérosité sanguinolente et du pus, on constate d'abord que, le plus loin possible du lieu où existe le pus, il n'y a qu'un liquide transparent, sans globules; un peu plus près, on aperçoit des globules de sang qui s'altèrent et perdent de leur transparence à mesure qu'ils s'approchent du centre où ils sont

(1) Histoire anatomique des inflammations, tom. II, pag. 463 et suiv.

complètement opaques. Si, d'une autre part, on irrite de diverses manières la patte ou le mésentère d'une grenouille, et qu'on observe avec le microscope les modifications que subit le cours du sang, on voit, lorsque celui-ci se ralentit, que les globules se rident d'abord en se débarrassant de leur enveloppe colorée, puis perdent peu à peu leur transparence, et arrivent au point où l'irritation est la plus forte, transformés en globules purulents. M. Gendrin a encore entrepris d'autres expériences qui ont paru lui donner les mêmes résultats.

3° Delpech a également abordé la question de la puogénie, et consacré une théorie ingénieuse comme toutes celles qui étaient le fruit de son vaste savoir et de sa brillante imagination. Il établit d'abord que l'inflammation est éminemment plastique, et qu'elle n'est apte à opérer la destruction des parties que lorsqu'elle s'élève au degré de la gangrène ; il s'efforce d'établir, d'une autre part, que le pus est un liquide identique et qui ne peut devoir sa production qu'à un organe invariable. Puis, cherchant à lier ces deux faits par l'observation directe des phénomènes de la puogénie, il reconnaît que, dans toute inflammation suppurative, le premier résultat de l'acte plastique est la production d'une membrane ou sac qu'il nomme puogénique, et dont le rôle fonctionnel est de sécréter le pus. Le sac s'organise très-rapidement, la vascularisation s'y prononce ; il ac-

quiert bientôt sa constitution propre, et alors il est aussi impossible, selon Delpech, qu'il ne produise pas du pus homogène, qu'il est impossible que le foie à l'état normal produise autre chose que de la bile. La membrane puogénique est la condition inévitable de la production du pus; aussi Delpech assure-t-il qu'elle existe dans le phlegmon comme dans les abcès chroniques, à la surface des plaies suppurantes comme à la surface des séreuses et des muqueuses qui fournissent du pus; en un mot, ce liquide n'est et ne peut être produit que par la membrane puogénique : tout liquide non fourni par elle n'est pas du pus.

4° Une dernière opinion consiste à considérer le pus comme le résultat de la fonte ou du détritus des organes. Boërhaave pensait qu'il était formé par les muscles, les vaisseaux sanguins, les nerfs, tous les solides enfin, dissous dans les parties frappées d'inflammation, et ses disciples ont regardé le pus comme un composé de substances hétérogènes. Quesnay (1) qui s'est beaucoup occupé de la puogénie et des variétés de ses produits, assure qu'en dernière analyse, le pus est constitué par les débris de solides que la putréfaction réduit en état de sucs de nature albumineuse sanguine ou lymphatique. Grashais (2) ob-

(1) Traité de la suppuration.
(2) *A. Dissert. on suppuration.*

servant que la suppuration du tissu cellulaire est la plus fréquente, et croyant trouver une analogie entre le pus et la graisse, conclut que, dans l'acte puogénique, la graisse se fond et devient la matière première du pus. Cette théorie de la formation du pus par le détritus des organes a été reproduite de nos jours par Dupuytren (1), qui a décrit, avec toutes les ressources de son talent, les phénomènes organiques de la puogénie. D'après ce chirurgien, lorsque les tissus organiques contractent l'inflammation, ils se pénètrent d'une quantité de sang proportionnée à la violence de l'irritation qui les agite. D'abord renfermé dans ses vaisseaux dont il distend les parois, ce liquide, en s'accumulant, rompt successivement les digues qui le contenaient, s'épanche entre les éléments solides des organes, se combine avec eux, et les rend aussi plus compactes et plus pesants, en même temps qu'il diminue leur degré de cohésion; plus tard, les tissus ramollis se détruisent, et, se mêlant au sang qui les pénètre, constituent une matière pulpeuse que d'ultérieures élaborations convertissent graduellement en pus. Celui-ci est donc formé par les débris solides des organes enflammés et les éléments du sang qui sont entrés dans des combinaisons anormales. Ces deux ordres de matériaux sont faciles à distinguer au début de la suppuration;

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *abcès*.

lorsqu'elle se manifeste dans le foie, par exemple, elle est presque toujours colorée en rouge brunâtre, et retient des portions de substance qui lui donnent une consistance et un aspect analogue à la lie de vin. Mais ce pus, encore imparfait, ne tarde pas à se dépouiller peu à peu de la matière colorante du sang et de ces débris organiques ; il prend graduellement les caractères qui lui sont propres, et se rassemble en foyer. La périphérie de celui-ci se revêt alors d'une membrane tomenteuse à sa face interne, inégale par l'externe, et isole le pus au sein de l'organisme. Ainsi la membrane des abcès, d'après Dupuytren, est consécutive à la formation du pus; mais une fois qu'elle est organisée, elle renouvelle incessamment ce liquide à l'aide d'une absorption et d'une exhalation fort actives qui s'opèrent à sa surface ; elle est un organe sécréteur qui prend rang dans l'économie vivante, et n'est pas moins remarquable par sa structure, comparable à celle des muqueuses, que par ses propriétés et ses sympathies.

Voilà quatre points de vue divers sur la génération du pus, tous fondés sur quelques données de l'observation, et plus ou moins voisins de la vérité. Il nous semble qu'ils ne s'excluent pas d'une manière absolue, et que leurs différences tiennent, ou à ce qu'on ne s'est attaché qu'à l'examen d'une seule face de la question, au lieu de tracer l'histoire complète du phénomène, ou à ce que, ne pouvant en ob-

server exactement tous les temps, on a substitué un produit de l'imagination à ce que l'inspection directe ne pouvait démontrer.

En effet, l'opinion de Hunter ne fait d'ailleurs qu'exprimer le genre d'opération qui s'accomplit dans la puogénie, mais ne spécifie pas exactement en quoi il consiste ; il nous dit que le pus est sécrété par les extrémités des vaisseaux dans la partie malade ; mais comme nous ne savons le mécanisme d'aucune sécrétion normale, nous nous abstiendrons de faire des hypothèses sur cette sécrétion morbide.

Les observations de M. Gendrin l'ont amené à conclure que le pus n'est que du sang transformé. On sait combien l'erreur est facile en pareille matière, et l'auteur s'en laissant imposer par des ressemblances de couleur, aura pu facilement prendre des globules du sang simplement décolorés pour des globules de pus. Haine est à peu près de la même opinion ; mais rien ne justifie leurs hypothèses, car nous savons, par des observations microscopiques, que les globules du pus sont plus grands que les globules du sang.

La membrane puogénique que Delpech a décrite avec tant de soin, et dont il a si bien analysé le développement, la structure, la fonction, et même les altérations, est presque toujours consécutive, car il est impossible d'en constater la présence dans les phlegmons très-aigus et qu'on examine à l'instant

de leur formation ; les muqueuses qui exhalent du pus en sont presque toujours dépourvues, et s'il est vrai qu'on la retrouve sur les bourgeons charnus des plaies de bonne nature, il ne l'est pas moins qu'on ne peut la constater à la surface de certains ulcères qui fournissent du pus, et auxquels, par cette raison, Delpech niait la nature purulente. On peut ajouter aussi que les abcès métastatiques ne présentent nullement la membrane puogénique.

Il nous reste enfin à discuter la valeur de l'opinion de Boërhaave, rajeunie par Dupuytren ; mais ici encore toutes les difficultés ne sont pas résolues : Dupuytren décrit avec autant de soin que d'exactitude les changements successifs opérés dans les tissus depuis l'invasion de la phlegmasie jusqu'à la constitution définitive des foyers purulents ; on est forcé d'admettre la filiation des phénomènes qu'il signale, d'adopter, en un mot, que le pus résulte de la combinaison du sang avec les débris des organes. Nous avons vu, à l'hôpital St-Éloi, un cas de psoïtis chez lequel toute la substance du muscle avait été détruite, et où l'autopsie ne présenta qu'une coque aponévrotique : nous croyons que les cavernes des poumons peuvent aussi venir à l'appui de cette opinion. Laënnec professait, à quelques modifications près, les idées de Dupuytren sur la puogénie, et M. le professeur Lallemand, dans ses beaux travaux sur l'encéphale, est venu à l'appui de

l'opinion de son maître ; mais cette démonstration n'est rigoureuse qu'autant qu'il s'agit des abcès développés dans l'épaisseur des tissus : si le pus se produit sur une surface artificiellement dénudée (vésicatoire), il devient impossible de constater physiquement le détritus de la partie.

En dernière analyse, résumant nos souvenirs d'observation, les éclairant par l'examen consciencieux des auteurs, et tenant doublement compte de la diathèse purulente, qui nous a présenté tant d'exemples frappants, et de la diversité des modes de production du pus, nous n'hésitons pas à nous prononcer en faveur de cette dernière opinion.

Du pus et de ses qualités.

Le pus est un liquide pathologique reconnaissable aux caractères suivants.

Sa couleur est blanc jaunâtre et opaque ; il a une consistance analogue à celle de la crème, une saveur sucrée et fade (Hunter), une odeur faible particulière ; il pèse plus que l'eau : comme l'aspect du pus peut se modifier, on est exposé à le confondre avec le mucus, le lait ou d'autres liquides organiques, ce qui a conduit les auteurs, et particulièrement Darwin, Bonnet de Lyon (1), Mandl (2), à tenter

(1) Gazette médicale ; Septembre 1837.
(2) Gazette médicale ; Février, 1837.

des expériences propres à rendre sensibles ses caractères propres. Afin de distinguer le pus de la sécrétion opaque et jaunâtre des membranes muqueuses irritées, on a fait observer que le produit de celui-ci surnageait à l'eau, ce qui n'a point lieu pour le pus. Cette première assertion manque d'exactitude; car, lorsqu'on examine des urines chargées de mucus purulent, c'est toujours au fond du vase que celui-ci se rassemble. La manière différente dont se comportent le pus et le mucus soumis à l'action des acides et des alcalis, établit entre eux une distinction plus tranchée. Le mucus, préalablement mêlé à de l'eau, s'y dissout complètement par l'addition d'acide sulfurique, ce qui n'a pas lieu pour le pus. Une solution d'alcali caustique prend à la fois en dissolution le pus et le mucus; mais l'addition de l'eau ne précipite que le pus. Ces sortes de recherches ont perdu de leur valeur, depuis qu'on sait que le pus peut être exhalé à la surface d'une membrane sans qu'il y ait ulcération, et que le diagnostic ne gagne rien à ce qu'on trouve des différences bien marquées entre le pus et le mucus.

Le lait et le pus n'ont entre eux que de grossières analogies; et, dans toute circonstance, la simple inspection, aussi bien que les épreuves chimiques, peuvent spécifier leur différence. Mais à l'époque où la théorie des maladies laiteuses dominait plus qu'aujourd'hui, il importait de constater la véritable na-

ture des liquides qui, par leur épanchement, constituaient les dépôts dits laiteux, et souvent une erreur pouvait naître d'un examen peu attentif.

Nous rapportons l'opinion de M. Mandl, pour reconnaître le pus dans le sang. Cet observateur dit: « qu'il faut d'abord remarquer que l'ammoniaque, qui, d'après les expériences de plusieurs physiologistes, transforme le pus en une gelée transparente d'une grande tenacité, ne peut fournir au caractère qui sert à le reconnaître dans le sang, parce qu'elle agit sur celui-ci à peu près de la même manière. »

Le moyen qui lui a réussi consiste à battre le sang avec une baguette de verre pour en séparer la fibrine. Si le sang qu'on doit soumettre à l'épreuve au sortir de la veine, et avant qu'il ne se forme en caillot, est pur et non mêlé de pus, il se forme après quelques minutes, sur la baguette, une membrane élastique, continue, sans lambeaux ni filament, causant entre les doigts qui la pressent la même sensation que produit la gomme élastique mouillée, et dont la couleur, d'abord rouge, devient jaunâtre par le lavage Si, au contraire, il existe une petite quantité de pus dans le sang, il se forme, non plus une membrane, mais une accumulation de lambeaux sans élasticité, et d'autant plus mous que la quantité du pus mélangé est plus considérable; ces lambeaux filamenteux sont rouges, mais deviennent par le lavage beaucoup plus blancs que la fibrine pure.

Si la quantité du pus mêlé au sang est plus considérable, il ne se forme ni membrane, ni lambeaux filamenteux; et si l'on abandonne le sang à lui-même, il ne se dépose aucun caillot. M. Mandl regarde la membrane obtenue en battant le sang mêlé à une petite quantité de pus, comme une combinaison de celui-ci avec la fibrine. Les transformations que subissent les globules sanguins lorsque la quantité de pus surabonde dans le sang, ou lorsqu'on les a séparés de la fibrine par l'agitation, et qu'ils sont en contact avec du pus, sont également propres à faire reconnaître la présence du pus dans le sang.

A part les divers moyens que nous venons d'exposer, nous en avons encore deux pour apprécier la composition intime du pus; savoir : l'analyse chimique et l'examen microscopique.

L'analyse chimique a beaucoup occupé les savants. Brugmann, un des premiers, en fit l'objet de ses recherches dans l'intention de combattre les idées de Pringle et Gaber. Il conclut de ses expériences que le pus, bien qu'il diffère des autres substances animales, a néanmoins une très-grande analogie avec la gélatine. Schwilgué (1), qui s'est aussi livré à des recherches analytiques, a constaté dans le pus la présence de l'albumine à un état particulier d'une

(1) Lafosse, agrégé. Des fluides normaux et anormaux, pag. 79.

matière extractive, d'une matière grasse, de la soude, du muriate de soude, du phosphate de chaux, et d'autres sels. Plus récemment il a montré l'existence de la fibrine. Enfin, on l'a tour à tour comparé à du caséum, de la graisse ou d'autres substances organiques, sans que rien fût éclairci par ces comparaisons. Nous pouvons ajouter que les diverses espèces de pus ne donnent pas des produits sensiblement différents, et nous avons la conviction que l'analyse chimique, bien que très-utile, est moins probante que l'analyse microscopique dont nous allons exposer les résultats. Lorsqu'on examine du pus au microscope, on reconnaît qu'il est constitué par des globules suspendus dans un fluide aqueux, considéré par Hunter comme le sérum du sang modifié par la présence d'une matière coagulable; les globules du pus n'ont pas une figure et un volume irréguliers, comme l'ont avancé les docteurs Hodykin et Lister; ils revêtent, au contraire, une forme exactement sphérique, et ne diffèrent des globules du sang que par leur couleur jaunâtre et un volume plus considérable. M. Gendrin (1) s'est même servi de cette analogie pour avancer que les globules du pus n'étaient que ceux du sang modifiés d'abord par l'inflammation, et progressivement transformés en globules purulents par le dé-

(1) Histoire anat. des inflamm., tom. II, pag. 489.

pouillement de leur enveloppe colorante et l'augmentation de leur volume. Si l'on verse de l'eau sur le pus mêlé au sang, l'enveloppe des globules de ce dernier se ride, tandis que les globules du premier se précipitent au fond ; l'éther fait rider les globules du pus, comme l'eau fait rider les globules du sang. On a voulu confondre les globules du pus avec les globules spermatiques ; mais les animalcules que l'on trouve dans ces derniers les distinguent évidemment des autres ; à la vérité, M. Donné a trouvé dans le pus syphilitique un animalcule nommé *vibrio lineola*, et dans la muqueuse vaginale un *tricho-monas*. Les recherches microscopiques qu'a faites M. le professeur Bouisson lui ont permis de voir quelquefois le premier de ces animalcules, mais jamais le second. Comme les circonstances ne m'ont pas favorisé pour pouvoir faire ces recherches, je me borne à citer celles de ces observateurs, en ajoutant que M. Ricord a critiqué l'observation de M. Donné, dans son traité sur la maladie chirurgicale, pag. 80 et suiv.

Ces globules paraissent constituer la partie essentielle et caractéristique du pus, ce que Bordeu appelait l'âme de ce liquide : on les retrouve avec le même aspect et la même forme dans les diverses espèces de pus ; leur nombre seul est variable et contribue sans doute pour beaucoup à donner à chaque

espèce son caractère propre. M. Raspail (1), dont l'opinion est d'ailleurs si grave, dit qu'ils abondent dans les véhicules du pus crémeux, qu'ils sont rares dans le pus séreux, agminés dans le pus caillebotteux, et confondus avec des globules de diverse nature dans le pus sanieux.

Le pus est-il absolument identique ? Non, et nous reconnaissons, en conséquence, que l'aspect physique et la nature pathologique de ce liquide peuvent varier en raison d'une foule de circonstances. La constitution de l'individu chez lequel il se produit, l'organe dans lequel la collection s'opère, la nature de la surface membraneuse qui l'exhale, la diversité du mécanisme organique qui préside à sa formation, sont autant de causes qui entraînent son hétérogénéité, et qui ont porté à admettre dans le pus des espèces ou variétés distinctes. Pearson et Béclard ont mentionné les suivantes.

1° Pus crémeux ou louable ;

2° Pus séreux, ou sérosité purulente ;

3° Pus sanieux ou putride et sanguinolent ;

4° Pus glaireux, ou mucus puriforme ;

5° Pus grumeleux ou cailleboteux ;

6° Pus concret ou couenneux.

Nous ajouterons que le pus offre encore des variétés relatives à son mélange avec des matières ex-

(1) Chimie organique, pag. 507.

crémentitielles, des tissus accidentels; enfin, il peut être chargé ou exempt de matière virulente.

Nous dirons, en dernier lieu, que le pus ne corrode point les tissus, et nous pourrions citer bien des exemples pour prouver cette vérité. L'exaltation de sensibilité des parties où il est produit ne saurait dépendre de son contact, mais tient plutôt à la dépense d'activité vitale nécessaire à sa formation.

Il est remarquable que le pus, même chargé d'un virus, ne contribue pas à prolonger l'irritation des parties où il se forme; aussi Hunter dit avec juste raison que nulle surface suppurante, d'un genre spécifique, ne peut être entretenue par sa propre matière; s'il n'en était ainsi, aucun ulcère d'une qualité spécifique quelconque, ou produisant une matière d'une qualité irritante, n'aurait jamais pu être guéri. Ainsi l'urine n'a aucune action sur ses réservoirs et ses conduits, et cause une inflammation ruineuse lorsqu'elle s'infiltre dans le tissu cellulaire. L'action nuisible du pus se prononce davantage; lorsqu'il est décomposé par l'arrivée de l'air dans un foyer profond, ce liquide acquiert des qualités putrides, et se transforme en poison septique.

Comme plusieurs autres points relatifs à la puogénie, l'usage de ce fluide est encore indéterminé : on a supposé qu'il servait à débarrasser l'économie d'humeurs anormales; qu'il transformait une ma-

ladie générale en maladie locale. Les diverses opinions sont conjecturales, et il est aussi difficile d'élucider ce qu'il y a d'obscur dans ce sujet, que d'expliquer la plupart des causes ou intentions finales.

Le pus aurait des usages secondaires plus appréciables; on peut dire qu'il établit quelquefois une communication entre une lésion profonde et la surface externe du corps; qu'il favorise l'issue de corps étrangers, protége les surfaces ulcérées par l'espèce de croûte qui reste après l'évaporation de sa partie la plus ténue. Mais nous croyons qu'une plaie se ferme moins promptement sous la matière purulente desséchée, que lorsqu'elle est pansée suivant les règles de l'art. Enfin, on a pensé que le pus pouvait s'organiser à la surface des plaies, et concourir au travail de la cicatrisation.

Diagnostic spécial des abcès.

Les phénomènes qui annoncent la suppuration des parties enflammées ne sont pas toujours également sensibles et faciles à reconnaître. La cause, les symptômes, la marche et le siége de la maladie, pourront déjà faire prévoir sa terminaison par suppuration; mais le diagnostic devra surtout être basé sur la connaissance des signes généraux et locaux.

Si l'abcès est peu considérable, et s'il a son siége

dans un organe peu important, les symptômes de réaction sont à peine prononcés, tandis qu'ils peuvent devenir très-violents dans le cas contraire. Pendant que l'abcès se forme, on observe une agitation pénible, un mouvement fébrile très-prononcé; il y a de la soif, de l'insomnie; le pouls est plein et fréquent; le malade éprouve une céphalalgie opiniâtre et tous les phénomènes qui annoncent une excitation sympathique des principaux foyers de l'organisme. L'abcès est-il définitivement formé? on le reconnaît à la chute du mouvement fébrile, auquel succède un pouls large et ondulent, et à la diminution des phénomènes locaux. Mais si l'abcès ne se fait pas jour spontanément, et si l'art ne procure une issue à la matière, on voit graduellement les symptômes des irritations chroniques succéder à ceux des phlegmasies aiguës : chaleur à la paume des mains et à la plante des pieds, pouls petit et fréquent, sueurs nocturnes irrégulières, diminution des forces, et tous les symptômes de la fièvre hectique.

Les signes locaux sont les suivants : douleur pongitive au début, pulsative ensuite, gravative quand l'abcès est formé; chaleur remarquable; rougeur d'autant plus prononcée, que la collection est plus superficielle; enfin, tumeur d'un volume variable, d'abord dure et rénitente, puis se ramollissant successivement et permettant d'apprécier le phénomène de la fluctuation. C'est ainsi que l'on désigne le

mouvement ondulatoire que l'on imprime au liquide. Les pathologistes décrivent plusieurs manières d'en constater l'existence : je ne m'étendrai pas sur ce sujet ; je me bornerai à indiquer que l'erreur est facile, que les tumeurs molles peuvent donner le change, et qu'une exploration non méthodique peut empêcher de distinguer la fluctuation dans les abcès. Ainsi on a vu confondre avec les fluctuations d'un abcès aigu un gonflement élastique dû à l'inflammation du tissu cellulaire lâche et extensible du dos de la main, du voisinage de quelque articulation ; les mêmes erreurs peuvent être commises lorsque les parties extérieures d'une articulation étant seules enflammées, il se fait dans la synoviale un épanchement de fluide capable de faire percevoir la fluctuation. Les anévrismes axillaires et poplités ont assez fréquemment été pris pour des abcès phlegmoneux, et cela lorsque leurs parois étaient douloureuses, rouges, enflammées. Le mouvement de dilatation générale que présente la tumeur anévrismale dans toutes ses parties, diffère cependant trop, ce nous semble, du mouvement de totalité d'un abcès placé dans le voisinage d'un gros tronc artériel, pour qu'il soit possible de tomber dans l'erreur.

La difficulté du diagnostic est telle cependant, dans quelques circonstances, que le professeur Delpech prit un abcès du bras pour un anévrisme, et pratiqua la ligature de la sous-clavière. Ces tumeurs

peuvent enfin être confondues, dans quelques circonstances, avec des kystes séreux, mélicériques ou stéatomateux développés au milieu des tissus. Cette erreur, peu importante au fond, se présente surtout dans le cas d'abcès froids.

PRONOSTIC.

De tout ce que nous venons de dire, il est facile de conclure que les abcès purulents ont une gravité variable selon leur siége, leur étendue, leur marche plus ou moins rapide, et leur mode de terminaison.

Sous le premier point de vue, en effet, il est évident que les abcès profonds sont bien plus dangereux que les superficiels, et d'autant plus graves qu'ils atteignent des organes plus importants à la vie. Ainsi les amas purulents du poumon, du médiastin et du cerveau, du foie, des reins, sont bien plus dangereux que ceux des articulations, de l'intérieur des membres, etc.

Eu égard à leur volume, l'on observe que ceux qui sont très-étendus et dont les parois présentent par conséquent une surface interne considérable, sont les plus graves ; dans ce cas, le danger est en raison inverse de la mobilité des parois et de la facilité de leur rapprochement.

L'intensité de la phlogose qui a donné naissance à la suppuration, fait, aussi bien que la nature de la

cause, varier le pronostic. Ainsi l'expérience démontre que les abcès appelés chauds, que ceux qui succèdent à une inflammation aiguë, guérissent plus promptement que ceux qui succèdent à une irritation lente, modérée et peu intense; et que ceux-là sont plus difficiles à se cicatriser que ceux qui sont sous l'influence de la syphilis, des scrophules, etc. Il est facile de concevoir que les collections purulentes sont d'autant moins dangereuses qu'elles ont plus de tendance à se diriger vers la peau; leur marche en sens inverse, c'est-à-dire vers les cavités, est plus fâcheuse, à moins que l'organe dans lequel elles se développent ne communique directement à l'extérieur par une ouverture normale. Ainsi, par exemple, il vaut mieux que les abcès des poumons s'ouvrent dans les bronches qu'à travers les enveloppes thoraciques; que ceux des reins suivent les voies urinaires plutôt que de s'ouvrir dans la région des lombes.

MARCHE ET TERMINAISON DES ABCÈS.

A toutes les époques de sa durée, l'inflammation peut s'étendre dans les tissus vivants. Avec elle disparaissent presque constamment, en un temps variable, les produits morbides créés sous son influence. C'est ainsi que se résolvent et se dissipent les engorgements les plus volumineux des ganglions lymphatiques, des glandes ou des articulations. C'est de

cette manière qu'après avoir arrêté la marche désorganisatrice des tumeurs squirrheuses ou cancéreuses, on voit les antiphlogistiques, les saignées locales, la compression ou d'autres moyens appropriés, déterminer fréquemment la fonte graduelle de la tumeur. Le même phénomène se reproduit dans les abcès. Le pus qui les constitue est susceptible d'être repris par l'absorption, et de rentrer dans les voies circulatoires, soit que le mouvement inflammatoire s'éteigne successivement dans la tumeur, soit qu'une douleur et une phlogose intenses, développées dans quelque viscère important, exercent sur le foyer primitif du mal une véritable révulsion. Dans tous les cas, et ce fait doit être noté avec soin, la résorption du pus est constamment précédée de la disparition de tous les signes locaux de congestion de la phlogose. La partie perd sa coloration rouge, sa turgescence et sa chaleur; elle se ramollit, s'affaisse, et la fluctuation elle-même cesse d'y être sentie; enfin, le sujet guérit sans courir de danger, sans que la suppuration se prolonge, et surtout sans qu'il reste au voisinage des parties affectées aucune difformité, aucune cicatrice susceptible d'indiquer l'existence antérieure de la collection purulente.

Dans d'autres cas, la phlegmasie qui a produit la suppuration et l'abcès ayant été peu intense ou s'étant complètement disipée, et des tissus solides circonscrivant la collection purulente, de manière à

s'opposer à son extension, on voit la maladie demeurer complètement stationnaire. Le pus constituant alors un liquide inoffensif, demeure inaperçu et stagnant dans les parties, à peu près comme le ferait un corps étranger lisse, poli, non susceptible de nuire, et autour duquel un kyste protecteur des tissus voisins se serait organisé. Il se trouve à l'hôpital St-Éloi (clinique chirurgicale) une femme qui a un abcès au-dessous de l'articulation coxo-fémorale du côté gauche, qui était stationnaire pendant quinze années, et dont une chute sur cette tumeur détermina l'inflammation et la suppuration. Pendant que la tumeur était stationnaire, elle n'a déterminé aucune altération dans les organes contigus, ni aucun trouble dans la santé du sujet. Semblables en cela aux tumeurs enkystées, ces abcès s'étaient graduellement enveloppés d'une membrane propre, épaisse, et qui devenait de plus en plus solide à mesure que la continuation de la maladie éloignait davantage, dans leur tissu, les actions nutritives de leur type normal.

Mais les cas de ce genre sont les plus rares. Dans la plupart des abcès, la présence du pus fatigue les parties, les comprime, les distend, et contribue à y perpétuer une nuance obscure mais permanente d'excitation. La tumeur, loin de diminuer, augmente incessamment de volume, et tend à s'ouvrir, au lieu de se résoudre par la résorption, ou de demeurer stationnaire. Presque constamment alors les abcès se

rapprochent graduellement de l'une ou de l'autre des surfaces cutanée ou muqueuse du corps, et finissent par s'y frayer une ouverture plus ou moins large. Le pus est en cela soumis à la loi générale de l'organisme, qui tend à expulser hors de lui toutes les substances étrangères susceptibles d'exciter les tissus qui entrent dans sa composition. Mais les téguments extérieurs sont, bien plus souvent que les membranes muqueuses, le terme de ce mouvement, et la voie par laquelle cette expulsion s'opère. Cette succession de phénomènes constitue ce que Hunter avait nommé inflammation ulcérative.

Les recherches modernes d'anatomie pathologique ont démontré qu'un des premiers phénomènes de l'inflammation consiste dans le ramollissement des tissus qui s'ulcèrent et se détruisent ensuite. M. Cruveilhier explique ainsi les perforations spontanées qui suivent le ramollissement gélatiniforme des parois de l'estomac que M. Carswel avait trop exclusivement attribuées à l'action érosive du suc gastrique. On trouve encore des vues très-lumineuses sur le ramollissement et la destruction des parties à la suite de l'inflammation, dans un travail précieux de M. le professeur Lallemand, sur l'influence de l'inflammation aiguë sur la cohésion des tissus (1). A mesure qu'il se fait

(1) Nouv. annales cliniques de la Société de méd. prat. de Montp.; cahier de Mars 1822.

un travail d'ulcération vers les surfaces libres, la réunion s'opère dans les parties profondes. Un tissu dense et fibreux, comme celui des cicatrices, s'organise et s'étend peu à peu jusqu'à l'ouverture du foyer; pendant que celui-ci se tarit, le tissu inodulaire interne finit lui-même par disparaître au bout d'un certain temps, en sorte que l'état normal des organes est restitué, et qu'on ne trouve aucune trace de l'abcès.

§ II. — *Des abcès froids ou chroniques.*

Les abcès froids, ainsi appelés par les anciens parce qu'ils succèdent à des inflammations chroniques, modérées ou latentes, s'observent de préférence chez les sujets lymphatiques, scrophuleux et peu irritables.

Delpech a établi une distinction entre les abcès chroniques et les abcès froids proprement dits : les premiers succèdent à une inflammation remarquable par sa lenteur, sa chronicité ; tandis que les seconds, dépourvus des caractères inflammatoires appréciables, sont étroitement liés à l'influence d'une diathèse.

Les enfants élevés dans la misère et la malpropreté en offrent assez souvent des exemples, surtout lorsqu'ils sont scrophuleux ; Boyer a pensé que l'affection rhumatismale pouvait aussi leur donner naissance. On peut dire qu'ils dépendent presque toujours d'une cause interne ; aussi, quoique peu dangereux par eux-mêmes, ils le deviennent à cause

de l'état détérioré des individus chez lesquels on les observe. Déterminés par une phlogose lente et obscure dans sa marche, ils ne sont jamais, ou bien rarement, précédés ou accompagnés de phénomènes appréciables d'irritation, et se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins volumineuses, superficielles ou profondes, dans les parties où aucune douleur vive, aucune chaleur ne s'étaient jusque-là manifestées. Ils peuvent se développer dans toutes les parties du corps, mais le dos et le thorax, chez les militaires, en général les lombes, les alentours du bassin, en deviennent plus fréquemment le siége, ainsi que les parties ou réside un corps étranger dont la présence produit une irritation continue. Delpech pensait que les parois des vaisseaux n'en sont pas à l'abri : « nous sommes fort trompé, dit-il, si l'on ne doit rapporter à ce genre de maladie la lésion organique spontanée des artères qui constitue l'anévrisme proprement dit (1). »

Le plus souvent sous-cutanés, les abcès froids commencent par une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, peu résistante, assez souvent fluctuante dès son apparition, souvent aussi inégale et comme bosselée. La base en est large, circonscrite, immobile; il n'y a ni rougeur ni chaleur à la peau;

(1) Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales, tom. I, page 67.

le malade n'éprouve aucune douleur, soit sur le point qui est le siége de la tumeur, soit dans un autre endroit; il n'éprouve d'autre sensation qu'un peu de gêne, de tension et de pesanteur. La tumeur, stationnaire dans les premiers instants, s'étend d'abord un peu en largeur, puis se ramollit et s'élève. La fluctuation devient enfin bien évidente, mais le plus souvent au centre seulement, car des points engorgés, durs et résistants, se présentent autour sous le doigt explorateur, surtout lorsque l'affection a son siége dans des glandes conglobées. Peu à peu la masse entière se ramollit, mais la tumeur reste stationnaire pendant un temps variable, puis elle augmente de nouveau de volume, et, à mesure qu'elle se développe, le malade éprouve une douleur sourde que la pression augmente. Bientôt l'inflammation, presque nulle jusqu'alors, se manifeste, et un léger degré de chaleur se fait sentir; la peau prend une teinte rouge pâle et s'amincit; la tumeur s'élève; la rougeur devient plus vive; la douleur et la chaleur augmentent; la peau blanchit, s'ulcère, et la matière purulente s'évacue; peu d'heures après l'ouverture du foyer, il y a augmentation de chaleur et de rénitence dans les parties, produite par le pus décomposé qui devient un corps irritant. Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur la décomposition du pus et sur son influence sur l'organisme : nous avons discuté cette question dans l'article précédent; ter-

minons celui-ci en mentionnant un genre de tumeur que Walther, Wedemeyer ont désigné sous le nom d'abcès de la lymphe. Nous pensons avec MM. Roux, Bérard et Chelius, que ces prétendus abcès n'en sont pas; que l'expression est impropre, et que les auteurs n'ont décrit que les kystes séreux, et particulièrement des hygromas.

ARTICLE DEUXIÈME.

DES ABCÈS SYMPTOMATIQUES.

Notre but n'est pas de donner ici une description complète de ce genre d'abcès. Nous voulons seulement indiquer les points qui n'ont pu trouver place dans l'histoire générale de ces tumeurs. Le mot abcès par congestion désignait d'abord des maladies de nature très-différente, telles que des loupes et autres tumeurs qui ne contiennent pas de pus. Les abcès froids étaient même confondus avec eux sous le nom d'*abcessus per decubitum*, abcès par dépôt. Pour éviter toute équivoque et donner au langage de la science plus de précision, nous appellerons, avec les chirurgiens de nos jours, abcès symptomatiques ou par congestion, non-seulement d'après Boyer, ceux qui proviennent du détritus du corps des vertèbres ou d'une grande articulation altérée par la carie, mais tous les amas du pus dus à l'inflammation d'un organe

quelconque situé plus ou moins loin du lieu où ces amas se manifestent.

Très-analogues aux précédents, quant aux phénomènes locaux qui les précèdent, les abcès symptomatiques en diffèrent essentiellement par le siége de l'inflammation qui leur donne naissance. Dans tout ce que nous avons dit, en effet, jusqu'ici, nous avons vu que le pus élaboré par les tissus irrités s'accumulait dans le lieu où il avait pris naissance. Mais dans ceux que nous allons étudier maintenant, le pus étant en rapport, immédiatement après sa sécrétion, avec du tissu cellulaire lâche, aréolaire, et composé de mailles larges et facilement perméables, s'infiltre, chemine au loin dans les interstices cellulaires, en suivant le trajet des gros vaisseaux, des nerfs, des tendons, des aponévroses; la disposition du tissu cellulaire joue le plus grand rôle dans la production de tous ces résultats. Le pus va soulever la peau dans un point déclive, formant ainsi, à des distances plus ou moins considérables, des tumeurs qu'on appelle abcès par congestion, et que nous appelons, avec Dupuytren, abcès symptomatiques, puisqu'ils ne sont en réalité que le signe de maladies plus graves et plus profondes. Les os, les articulations entourées de muscles, mais surtout les pièces dont se compose la colonne vertébrale, deviennent souvent, sous l'influence des vices scrophuleux, rhumatismal, ou sous celle de l'habitude

pernicieuse de la masturbation , le siége d'inflammations suppuratives qui donnent lieu à ces sortes d'abcès, long-temps confondus avec la variété précédente, quoiqu'il existe des signes constants à l'aide desquels on peut les distinguer.

Dans tout les cas d'abcès par congestion , le pus , résultat de l'exhalation anormale qui accompagne l'érosion des os, est sécrété en petite quantité , et retenu d'abord autour du point même qui lui a donné naissance , puisqu'il use, affaiblit parfois les enveloppes fibreuses qui réunissent les os entre eux , se porte dans le tissu cellulaire sain, dans les intervalles des muscles qui lui fournissent des voies pour se diriger de haut en bas et vers les régions les plus déclives.

Dans les abcès de ce genre qui appartiennent à la lésion du rachis, on voit le pus suivre des trajets très-différents, selon que l'affection a son siége en avant, en arrière de cet axe osseux, ou à la face postérieure du corps de vertèbres, au-dessus ou au-dessous du diaphragme. Dans le premier cas, on voit le pus soulever les parties molles situées en avant de la colonne vertébrale, faire saillir la paroi postérieure du pharynx, et simuler ainsi un polype; ou bien s'ouvrir dans l'œsophage, s'accumuler sous les plèvres, suivre la direction des côtes, user les muscles intercostaux, et former, sur les côtés ou en arrière du thorax, des tumeurs plus ou moins

volumineuses et plus ou moins éloignées du siége de la maladie primitive. On cite des exemples, bien rares à la vérité, où le pus ayant toujours son point de départ au-dessus du diaphragme, a contourné les plèvres et s'est frayé une issue au voisinage du sternum (Boyer).

Lorsque l'inflammation réside au-dessous de la cloison charnue qui sépare le thorax de l'abdomen, vers les dernières vertèbres dorsales, par exemple, ou les premières lombaires, le pus fuse le long des piliers du diaphragme, gagne la gaîne des muscles psoas et iliaque, se loge dans l'épaisseur de leur corps, les comprime, les détruit quelquefois complètement, et puis, selon les cas, sort à travers l'anneau inguinal, ou bien à travers l'arcade crurale. La suppuration s'étend d'autres fois dans le bassin, surtout si elle provient de l'érosion des dernières vertèbres lombaires ou du sacrum; et alors elle suit tantôt la gaîne des vaisseaux obturateurs, et vient saillir à la partie supérieure et interne de la cuisse. Tantôt celle qui entoure les vaisseaux fessiers sort avec eux par la grande échancrure ischiatique, et continue de descendre au-dessous des muscles larges de cette région jusqu'à la pointe de la fesse, où elle se dégage et devient sous-cutanée. Chez quelques sujets, on a vu le pus s'engager le long du grand nerf sciatique, sortir avec lui du bassin, et se frayer une issue à travers la partie

postérieure et supérieure de la cuisse. Il n'est pas rare, enfin, de voir, chez les personnes du sexe, le périnée, la marge de l'anus et le vagin être soulevés par des tumeurs de cette nature.

Dans le cas où les apophyses transverses et épineuses ou les lames vertébrales sont le siége de la carie, ces abcès se développent dans la région lombaire.

Enfin, M. Bourjot-St-Hilaire a observé que la carie vertébrale s'opérait très-fréquemment à la face postérieure des corps vertébraux, et qu'alors le pus, prenant pour guide la traînée celluleuse qui accompagne le nerf le plus voisin, s'échappe avec lui par le trou de conjugaison, et se porte ainsi à des distances considérables : en sorte que l'observateur considère la gaîne des nerfs comme le trajet constant que suit le pus (1) des abcès par congestion. Mais cette opinion est trop absolue, comme il nous serait facile de le démontrer par nos propres observations et par celles de nos maîtres, si nous ne craignions pas de nous écarter de la route que nous nous sommes tracée.

Les abcès symptomatiques de la carie vertébrale, car c'est d'eux dont nous nous occuperons ici, sont toujours profondément cachés dès leur origine; et

(1) Gazette médicale, 1835; mémoire sur des abcès symptomatiques.

les symptômes qui se manifestent ne peuvent que bien difficilement nous permettre de déterminer s'il y a érosion des parties et si la suppuration a lieu. Toujours avant leur apparition, une douleur sourde, obscure, mais continue, se fait sentir au voisinage de telle ou telle partie du rachis. Cette douleur, qui fixe rarement l'attention du malade, n'augmente point par la pression, mais bien par les divers mouvements du tronc; au bout d'un certain temps, cependant, une altération plus ou moins forte dans l'état général de l'individu se manifeste; son teint devient pâle et jaunâtre, mais ses fonctions s'exécutent avec régularité. Plus tard, la douleur diminue, et cet amendement existe assez généralement avec la formation du pus : alors la gêne qu'éprouve le malade s'accompagne d'exacerbations fébriles irrégulières, de sueurs nocturnes, de frissons et d'autres signes rationnels d'une suppuration interne; puis surviennent l'affaiblissement des membres inférieurs, l'incurvation de la colonne vertébrale, de la gêne dans la respiration; un son mat à la base de la poitrine, une faiblesse générale, un gonflement du ventre, un sentiment de pression sur le rectum, sur la vessie et sur les autres organes renfermés dans le bassin, forment enfin un ensemble de symptômes qui, grâce à de nombreuses observations, font prévoir la formation très-prochaine d'une tumeur au pli de l'aine, à la région crurale, ou au voisinage des autres ouvertures du bassin.

La tumeur se développe six, huit ou dix mois environ après les premiers symptômes; elle est molle et fluctuante dès le moment même de son apparition, si elle est sous-cutanée : elle est dure, au contraire, si elle est sous-aponévrotique. Elle varie d'ailleurs dans sa rénitence, selon que le malade est couché ou debout, qu'il tousse ou qu'il éternue; par la pression, enfin, elle disparaît en partie ou en totalité. Le volume de l'abcès s'accroît lentement pendant plusieurs mois, et il acquiert souvent une étendue considérable, sans que la peau qui le recouvre présente la moindre modification de chaleur et de couleur. Mais elle finit aussi par s'amincir, comprimée qu'elle est d'une manière continue de dedans en dehors; puis elle s'enflamme, se ramollit et s'ouvre spontanément pour laisser échapper une quantité de pus beaucoup plus considérable que ne semblait le comporter l'étendue de la tumeur.

Le pus que renferment les abcès symptomatiques de la phlogose et de l'ulcération des pièces osseuses est ordinairement grisâtre, peu lié, entremêlé de flocons albumineux, de caillots sanguins, de portions de phosphate calcaire. Il exhale presque toujours en sortant une odeur nauséabonde qui, à défaut d'autres signes, suffirait pour faire reconnaître l'origine et la nature de la maladie. Cette odeur toutefois ne se développe presque jamais, et ne devient fétide que quelques jours après l'ouverture de

la tumeur, et lorsque l'air a pénétré dans sa cavité. La résorption de ce liquide actuellement septique va troubler les centres principaux de l'organisme ; le tube digestif, les systèmes circulatoire et nerveux, éprouvent des désordres ; la fièvre s'allume, et, sous l'influence de cet état, la suppuration, déjà altérée, s'altère davantage encore, acquiert une fétidité repoussante, ternit les instruments métalliques soumis à son action, et prouve combien les états morbides de l'économie exercent d'influence sur la composition moléculaire de ses produits : « tant il est vrai, a dit un homme dont le génie égale la réputation, que les causes chimiques et vitales ne s'excluent point, mais que, loin de là, on les trouve presque toujours réunies dans les êtres vivants, et que la plupart des phénomènes de l'organisme animal se réduisent à des combinaisons chimiques modifiées par l'état de vie (1). » Le sujet s'affaiblit, la peau devient terreuse, sèche; le pus s'altère et sort mêlé à des gaz en produisant une sorte de gargouillement : alors l'appétit se perd, une fièvre hectique se déclare, elle est suivie d'un dévoiement colliquatif, et la mort a lieu quelques mois après que l'abcès a commencé à se vider.

Cette funeste terminaison n'est pas peu favorisée par l'influence de l'air, qui irrite le foyer et décide

(1) Dupuytren.

la formation de gaz hydrogène sulfuré et ammoniacal. La vérité de cette assertion est néanmoins contestée par des chirurgiens distingués : M. J. Cloquet pense qu'on ne saurait l'admettre pour un grand nombre d'abcès dont le pus gris ou brunâtre est manifestement fétide aussitôt que l'ouverture en est faite. L'observation de M. Cloquet peut être juste ; mais nous n'avons pas pu la vérifier par nous-même. Quant à M. Lisfranc (1), nous croyons qu'il a commis une grande erreur quand il a dit que l'air ne produisait aucun effet nuisible après l'ouverture des abcès symptomatiques, et que tous les accidents dépendaient uniquement de l'inflammation du foyer. S'il était prouvé que cette inflammation est presque toujours déterminée par le contact de l'air lui-même, les faits dont argue M. Lisfranc seraient bientôt reconnus sans valeur : or, nous ne conservons pas le moindre doute sur les qualités irritantes de l'air.

Pour terminer cet article, nous dirons qu'un abcès symptomatique est une maladie très-fâcheuse ; mais sa gravité est subordonnée à l'affection qui la détermine, à son siége, à son étendue, à son ancienneté. Celui qui dépend de la carie d'une articulation des membres est bien moins dangereux que celui qui reconnaît sa cause dans une altération du corps des vertèbres. Un abcès consécutif à un psoïtis est moins

(1) Gazette médicale ; 1834, pag. 564.

dangereux que les précédents. Un abcès par congestion qui provient de la colonne vertébrale, est-il essentiellement mortel ? Nous pouvons répondre négativement, en nous appuyant sur des faits. Delpech a cité un cas de guérison dans sa clinique. Dupuytren en a observé un aussi. Enfin, MM. Roux et Berard en signalent un troisième vérifié par l'autopsie. Néanmoins de semblables terminaisons sont fort rares, et ne doivent être considérées que comme un de ces résultats heureux dont on trouve peu d'exemples dans les annales de la science.

ARTICLE TROISIÈME.

DES ABCÈS MÉTASTATIQUES.

Ces abcès, nommés aussi abcès soudains, consistent dans le changement de lieu de collections purulentes sans trace organique de continuité entre le foyer primitif et le foyer secondaire.

La formation commençante ou accomplie de ces abcès coïncide avec des symptômes ataxiques, autrefois nommés blabéïques par Galien (1), et décrits par Dumas sous le nom de fièvre rémittente des blessés. Les anciens avaient implicitement admis ces métastases, mais n'en avaient donné que des explications hypothétiques. Bordeu, entre autres, pensait que le tissu cellulaire était leur voie habituelle.

(1) Leçons orales de M. le professeur Lordat; 1836.

Plusieurs auteurs du siècle dernier pensèrent que les abcès métastatiques qui surviennent dans les viscères, à la suite de lésions traumatiques, sont toujours le résultat d'une phlegmasie développée accidentellement dans les organes où on les rencontre. Pour eux, les changements survenus dans la plaie, les symptômes généraux, tout, en un mot, était la suite de cette nouvelle inflammation. La doctrine tout-à-fait solidiste de Pinel était peu propre à faire abandonner cette idée; il en est de même de celle de Broussais : aussi voyons-nous les partisans de ces deux systématiques adopter la théorie dont nous parlons. Ce n'est que dans ce dernier temps que les médecins de l'école physiologiste ont compris que les fluides pouvaient être altérés.

Les théories contraires, c'est-à-dire les doctrines humorales, n'ont pas eu moins d'influence sur les opinions adoptées par plusieurs auteurs pour expliquer la formation des abcès métastatiques; en effet, pour ceux qui croient que les fluides sont susceptibles d'altération, rien de plus facile à concevoir que ces abcès qui sont produits par un transport de matière purulente. J.-L. Petit les regardait comme formés par un dépôt pur et simple de pus charrié par le sang.

D'autres auteurs, parmi lesquels il faut ranger MM. Blandin, Dance et Ribes, pensent que tous les symptômes généraux, tous les abcès internes qu'on

observe à la suite d'une amputation ou de toute autre plaie, sont causés par une phlébite consécutive à ces lésions. Cette opinion est celle d'un grand nombre d'auteurs de ce siècle.

Il est une autre théorie qui ne compte pas moins de partisans que la précédente. Elle consiste à considérer tous les abcès métastatiques comme produits par l'absorption. Dans cette théorie, le pus sécrété par la plaie est absorbé par les veines ; il est entraîné par le sang dont il altère la composition, et déposé dans les principaux viscères ; d'après cette opinion, tous les symptômes sont la suite de l'absorption.

M. Velpeau, dans un grand nombre de mémoires publiés dans les différents journaux de médecine, a d'abord adopté l'idée que ces abcès étaient la suite de l'infection du sang altéré par le pus absorbé. Il admet cependant la possibilité de la phlébite, qui, dans ce cas, tout en ajoutant à l'intensité de la maladie, donne naissance à du pus transporté également par le torrent circulatoire, et déposé dans les viscères. Cette théorie est la plus large et la plus complète de toutes celles qu'on a proposées jusqu'à ce jour.

Pour nous, adoptant pour ainsi dire l'opinion de M. Velpeau, nous dirons que le pus absorbé par les veines, entraîné par le torrent circulatoire, est déposé ensuite dans les organes ; nous croyons aussi que la phlébite est souvent produite par une lésion traumatique quelconque (phlébotomie) ; que le pus

sécrété par les parois de la veine enflammée sera d'abord mêlé avec le sang dont il altérera la composition, et déposé ensuite dans l'intérieur des organes. La phlébite existe quelquefois sans l'absorption, comme cette dernière existe sans la phlébite; ou bien ces deux causes se montrent en même temps. Ainsi, dans les deux hypothèses, le pus est entraîné par le sang qui, par ses nouvelles qualités, ne suffit plus à l'entretien de la vie, et produit une infection générale. Cela est prouvé par les symptômes que l'on observe constamment. D'après ce qui vient d'être dit, il y aura, comme l'observe fort judicieusement M. Dubois d'Amiens, un véritable empoisonnement secondaire; de plus, cet empoisonnement différera de tous les autres; car, dans ceux-ci, il y aura introduction d'une substance étrangère dans l'économie; tandis que, dans celui qui nous occupe, les matériaux se trouvent dans l'économie elle-même : ces matériaux sont le produit de la suppuration de la plaie ou de celle des veines.

La possibilité et la fréquence bien constatée des abcès métastatiques ramène sur la scène médicale un humorisme nouveau, libre des erreurs de l'humorisme de Galien et de Sylvius, mais qui n'en est pas moins une reproduction épurée des idées anciennes. Il est curieux, dit M. Cruveilhier, de voir l'esprit humain roulant sans cesse dans le même cercle de vérités et d'erreurs.

Le diagnostic est toujours facile ; mais le pronostic des abcès métastatiques est presque toujours fâcheux, puisque ces tumeurs se manifestent dans des maladies dangereuses et dont elles viennent entraver la marche et aggraver la terminaison.

Des abcès critiques.

Il est difficile d'assigner à ces abcès leur véritable place. Sous le rapport de leur développement, ils ne devraient point se trouver ici ; mais nous leur avons assigné cette place, parce que nous proposons de ne les considérer dans ce chapitre que comme le transport ou la terminaison de certaines maladies internes.

Lorsque l'inflammation qui produit un abcès est survenue dans le cours d'une autre maladie, tantôt cet abcès n'est qu'un accident particulier, et n'apporte aucun changement dans la marche de l'affection principale : tels sont les abcès qui surviennent quelquefois à la marge de l'anus dans la phthisie pulmonaire; ces abcès produisent souvent des fistules qu'il faut respecter, si l'on veut prolonger la vie de l'individu. Tantôt ils sont un symptôme de la maladie, comme dans la peste ; quelquefois on les observe dans la fièvre jaune et le typhus, dans la vérole, on peut ajouter aussi dans la variole. Tantôt, enfin, ils jugent la maladie essentielle et en

sont la véritable crise : alors on les appelle abcès critiques. C'est ainsi que l'on voit quelquefois la fièvre maligne ou la fièvre putride se terminer par l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire qui environne la glande parotide.

Enfin, le pronostic des abcès critiques est généralement favorable quand ils ne substituent pas à la lésion primitive l'affection d'un organe important.

Nous ne pouvons pas insister sur leur histoire sans nous exposer à répéter ce qui a été dit dans la première partie de ce travail à l'occasion des abcès aigus.

CHAPITRE DEUXIÈME.

Du traitement des abcès.

Nous avons cru devoir rassembler sous un même cadre toutes les considérations qui se rattachent au traitement des abcès, autant pour éviter des répétitions, que pour ne pas scinder un sujet dont les éléments, naturellement liés, se prêtent à des considérations générales, et n'offrent d'ailleurs qu'un assez petit nombre de spécialités dont nous aurons le soin de faire l'application à chaque genre d'abcès.

Trois indications principales forment la base du traitement : 1° prévenir la formation de la collection purulente; 2° faire disparaître le pus qui a été produit; 3° favoriser le recollement des parois du foyer.

§ Ier. *Prévenir la formation de la collection purulente.* — Les moyens convenables pour remplir cette indication s'appliquent à la cause efficiente de l'abcès. L'inflammation sera enrayée par un traitement approprié. Quesnay (1) s'occupe longuement des moyens à employer pour prévenir la suppuration des tumeurs inflammatoires, et recommande, à leur début, l'emploi des répercussifs astringents et sédatifs. Nous croyons que cette méthode de traitement ne convient pas dans beaucoup de cas : quant à l'emploi des émollients, ils ne conviennent que lorsque la phlegmasie, déjà avancée, doit inévitablement compléter sa marche dont il s'agit seulement d'atténuer la violence ou la durée.

Le meilleur moyen d'enrayer la marche de l'inflammation, c'est de mettre en usage les antiphlogistiques généraux et locaux, tels que la phébotomie, les sangsues, les ventouses, la diète, les boissons tempérantes, en ayant quelquefois recours à la médication révulsive. Ici nous pouvons ajouter un nouveau moyen vanté dans ces derniers temps : ce sont les frictions mercurielles; nous avons vu plusieurs cas de guérison complète par leur emploi.

Si le malade est atteint d'infection virulente (syphilis), cause probable d'abcès ultérieur, on administrera des médicaments spécifiques; et s'il

(1) Traité de la suppuration.

présente les signes de la diathèse scrophuleuse, on combattra cette affection par les toniques, par quelques altérants dont l'expérience a démontré les propriétés utiles : on lui opposera surtout l'emploi bien réglé des moyens hygiéniques, tels qu'un air salubre, une alimentation généreuse, et l'on établira de cette manière la prophylaxie des abcès froids.

Si des douleurs commençantes des lombes ou du dos font redouter la formation des abcès par congestion, des cautères plus ou moins nombreux seront appliqués le long de la colonne vertébrale, selon le précepte de Pott.

Enfin, on s'efforcera de prévenir les abcès métastatiques en tarissant le foyer qui leur sert de point de départ, et en traitant convenablement les phlébites suppurées. Cependant, si une inflammation locale se manifeste à l'intérieur dans les fièvres graves, il importe souvent de favoriser son passage à la suppuration.

§ II. *Faire disparaître le pus qui a été produit.* — L'art dispose de deux moyens principaux, dont l'un consiste à provoquer la résorption graduelle du pus, et l'autre à lui procurer une issue au dehors. Nous avons déjà indiqué comment la nature se suffisait quelquefois à elle-même pour tarir peu à peu la matière purulente, et éviter les inconvénients d'une ouverture et d'une cicatrice consécutive. Nous avons vu plusieurs fois de véritables abcès de l'aine, sur-

venus pendant le cours des urétrites, se dissiper spontanément sous l'influence des moyens généraux et locaux. On a observé que l'emploi des douches sulfureuses, de l'iode, des frictions mercurielles, avait suffi, dans quelques cas, pour déterminer la disparition de certains abcès chroniques. MM. Albernetty et Crowter, profitant des propriétés absorbantes des parois des abcès, ont obtenu des guérisons par l'emploi de vésicatoires entretenus avec le cérat de sabine : il y a des médecins qui conseillent des cautères, et même l'électricité. Mais ces faits doivent-ils autoriser le praticien à provoquer la disparition du pus par résorption ? Nous croyons que le nombre des cas où ce moyen convient est très-restreint ; que la présence du pus dans le sang peut servir à la formation d'abcès métastatiques, laquelle doit être fort redoutée ; enfin, que la médication révulsive est, comme dit Dupuytren, un véritable quitte ou double dont on ne peut écarter les chances défavorables qu'en agissant avec la plus grande réserve, et en observant avec une minutieuse attention les effets qu'elle produit sur les organes intérieurs.

Le second moyen, qui consiste à évacuer la matière purulente, est d'une application bien plus générale, et mérite de fixer davantage notre attention. Ici nous pouvons nous faire plusieurs questions.

A Convient-il d'ouvrir tous les abcès ? Il en est certains que l'on peut, sans inconvénient, s'abstenir

de percer : tels sont les abcès superficiels, petits et peu douloureux. Les tumeurs purulentes des mamelles, qui surviennent chez les nourrices, doivent, en général, être respectées, moins pour éviter une cicatrice désagréable, que pour ne pas être obligé de trop multiplier les ponctions. Nos observations nous ont permis de constater la vérité de ce point de pratique. La plus grande réserve convient aussi dans l'ouverture des abcès des viscères; ceux de la rate, ceux qui siégent dans la profondeur du foie, doivent être absolument abandonnés à la nature, car nous savons à ce sujet que certaines collections purulentes des viscères peuvent s'ouvrir spontanément à la surface des muqueuses en contractant accidentellement des adhérences avec les parois des cavités splanchniques. Quelquefois cette adhérence des viscères avec les téguments est accidentelle ou produite par l'art; alors ces viscères sont plus facilement accessibles aux procédés chirurgicaux. C'est ainsi qu'on a pu ouvrir des abcès au foie, opération sur laquelle J.-L. Petit et Morand ont formulé des règles très-sages. B. Bell (1), David (2), plus tard MM. Foville (3) et Velpeau (4),

(1) Pathologie chirurgicale.

(2) Mém. sur les abcès, tom. IV des prix de l'Acad. de chirurgie.

(3) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *encéphalite*.

(4) Thèse de concours ; 1835.

donnent des conseils pour l'ouverture des abcès qui ont leur siége dans les viscères les plus importants de l'économie. On conseillait autrefois d'abandonner à eux-mêmes les abcès froids et les abcès par congestion ; Boyer a prouvé, par des faits, qu'il convenait de les ouvrir, et ce précepte est suivi par tous les praticiens de nos jours.

B. A quelle époque convient-il d'ouvrir les abcès ?

On donne comme règle générale de n'ouvrir les abcès que lorsque le pus est parfaitement formé et la tumeur parvenue à son plus grand développement ; mais cette règle reçoit de nombreuses exceptions principalement fournies par les circonstances suivantes.

Les abcès qui résultent de l'extravasation de matières irritantes, telles que l'urine, la bile, les matières stercorales, doivent être ouverts avec beaucoup de promptitude, si l'on veut éviter des suppurations étendues et ruineuses ; les collections purulentes qui sont placées sous des aponévroses épaisses et résistantes, et qui ne peuvent se faire jour d'elles-mêmes, deviennent diffuses en même temps qu'elles provoquent des douleurs excessives ; les abcès qui se manifestent dans des régions chargées de tissu cellulaire graisseux dont la fonte expose à la dénudation d'organes importants, donnent lieu à une pareille indication. Ainsi il faut ouvrir en quelque sorte prématurément les abcès du pé-

rinée et des excavations ischio-rectales qui dépouillent promptement l'extrémité inférieure du rectum de la couche celluleuse par laquelle il était soutenu, et le prédisposent à des fistules qui ne peuvent guérir ensuite que par une opération spéciale ; le praticien observera la même conduite à l'égard des abcès qui, se développant dans des parties abondamment pourvues de vaisseaux sanguins et de filets nerveux, occasionnent des douleurs excessives et peuvent entraîner des dangers réels. Ceci s'applique surtout aux panaris ou inflammation des doigts qui ont résisté aux premiers moyens, et qui tendent à se propager le long de la gaîne des tendons. On peut en dire autant des abcès des aisselles, où l'abondance du tissu cellulaire et des nerfs fait un devoir de ne pas temporiser pour donner issue au liquide. Enfin, lorsque des collections purulentes occupent une région où leur présence trouble des fonctions importantes, il faut les évacuer aussitôt qu'on les reconnaît : ainsi, certains abcès qui, au déclin des fièvres graves, se manifestent dans la glande parotide, exercent une pression sur la veine jugulaire, et déterminent des symptômes de congestion cérébrale, seront ouverts sans aucun délai, ainsi que ceux du cou et des amygdales. M. le professeur Dubrueil a rapporté, dans son cours de 1836, le cas d'un individu chez lequel le pus d'un abcès développé au voisinage de l'artère carotide primitive, et qui n'avait pas été ou-

vert à temps, détermina l'érosion et même la perforation de ce vaisseau.

Les réflexions que nous venons de présenter sont principalement applicables aux abcès aigus. Les abcès froids ne devront être vidés que lorsque l'insuffisance des moyens généraux, pour opérer leur résolution, sera devenue évidente. Quant aux abcès par congestion, leur ouverture sera pratiquée lorsque le traitement opposé à la lésion qui en est la source n'apportera aucun retard aux progrès de la tumeur. Mais lorsqu'on procédera à l'ouverture de ces abcès, il ne faut pas évacuer tout le pus contenu dans le foyer, et il faut, conformément au précepte de Boyer, faire des ponctions successives comme nous le dirons plus tard.

C. Par quels moyens et de quelle manière convient-il d'ouvrir les abcès ?

La médecine nous fournit un moyen pour évacuer les abcès de l'isthme guttural qui gênent à la fois la circulation céphalique et la respiration, ceux du pharynx qui sont peu accessibles aux procédes chirurgicaux : ce moyen est l'émétique qui, par une forte secousse imprimée à la tumeur par la contraction musculaire, peut en quelque sorte exprimer le liquide et délivrer subitement le malade ; mais il ne faut pas oublier que l'épigastre doit être exempt de toute irritation.

Mais les moyens chirurgicaux jouent ici le rôle principal ; nous parlerons des suivants.

La ponction. — L'opération à l'aide de laquelle on ouvre les abcès porte le nom d'onchotomie, suivant Fabrice-d'Aquapendente. Elle était autrefois pratiquée au moyen d'une forte lancette, dite lancette à abcès ; aujourd'hui on se sert de préférence d'un bistouri ordinaire à tranchant droit, à moins qu'on ait à ouvrir des collections superficielles et peu étendues. Je ne saurais insister longuement sur les détails descriptifs de cette opération, très-simple par elle-même, mais qui, comme toutes les manœuvres chirurgicales, exige de l'adresse et des connaissances anatomiques. Le malade aura été couvert d'une alèse pour éviter toute souillure, et placé de manière à ce que la tumeur offre le plus de saillie et de tension possibles. La main gauche du chirurgien embrasse alors la base de la tumeur, tandis que la droite, armée du bistouri, le plonge dans la partie la plus déclive, parallèlement à son grand axe ou à celui de la partie qui en est le siége, et toujours tâche d'éviter des nerfs et des vaisseaux importants.

Le chirurgien transforme quelquefois la ponction en une incision dont l'étendue doit être relative au volume de l'abcès. Le pus s'échappe aussitôt, des pressions ménagées en favorisent l'issue, et la tumeur s'affaisse.

Le pansement n'est pas la partie la moins importante de l'opération. On devra, autant que possible, éviter de causer une trop grande irritation,

et se garder d'imiter ces praticiens dont parle Boyer (1), qui introduisent le doigt indicateur dans l'intérieur de l'abcès pour en détruire les brides celluleuses ou vasculaires; une semblable pratique est directement contraire au but de la nature et aux règles de l'art. On ne doit pas moins blâmer la conduite des chirurgiens qui pressent fortement les parois de la tumeur dans l'intention d'expulser jusqu'à la dernière goutte de pus. David (2) s'est un des premiers élevé contre cette méthode qu'il regarde comme propre à augmenter l'inflammation. Il pense même que la présence du pus, loin d'être nuisible, remplit l'office d'un liquide lubréfiant qui facilite la résolution de l'engorgement des parties voisines. On peut ajouter qu'en suivant ce précepte, l'introduction de l'air dans le foyer est moins facile. Une dernière règle consiste à ne pas introduire dans la cavité de l'abcès des nombreux bourdonnets, comme le font encore quelques chirurgiens routiniers. Les parois de la tumeur, fatiguées par leur présence, ne manquent pas de s'enflammer, et empêchent le recollement. Le pansement devra donc être très-simple. Si l'instrument n'a intéressé que la peau, et que l'abcès soit petit, on pansera à plat, à dater du moment même de l'ouverture; si la tumeur est, au contraire, vo-

(1) Traité des maladies chirurgicales, tom. I, pag. 66.
(2) Ouvrage cité, pag. 131.

lumineuse et profonde, une bandelette de linge ou une mèche effilée de charpie suffiront pour s'opposer à l'agglutination des lèvres de l'incision, sans mettre obstacle à l'écoulement du pus. Dans tous les cas, il faudra recouvrir les parties d'un cataplasme ou autre topique émollient, destiné à opérer le dégorgement des parois de l'abcès.

Les méthodes de traitement que nous venons d'exposer sont spécialement applicables aux abcès phlegmoneux. Les abcès froids, et surtout les abcès par congestion, ne doivent pas être largement ouverts, quoi qu'en dise M. Lisfranc qui, regardant l'inflammation comme étrangère au contact de l'air, veut qu'on la combatte aussitôt par des applications de sangsues. C'est ici qu'il convient d'employer la méthode dite des ponctions successives, imaginée par Celse, indiquée comme très-avantageuse par Boyer, et adoptée par tous les praticiens de notre siècle. Cette méthode, qui, quoi qu'en ait dit David, est aussi applicable au traitement des épanchements purulents dans les séreuses splanchniques et synoviales articulaires, consiste à pratiquer des ouvertures qui ne laissent point échapper la totalité du liquide, et qui sont répétées d'intervalle à intervalle jusqu'à ce que le foyer soit tari. On recommande de ne pas les faire larges et directes, mais, au contraire, de soulever la peau et d'enfoncer le bistouri obliquement de manière qu'il n'y ait point de parallélisme entre

la solution de continuité des téguments et celle du foyer. Ces ouvertures doivent être recouvertes de bandelettes de diachylum gommé pour favoriser leur prompte cicatrisation. Les ponctions successives prolongent la vie des malades, donnent à la médecine le temps d'employer ses derniers efforts pour détruire la cause principale dans les abcès symptomatiques, et font éviter les dangers attachés à l'entrée brusque de l'air dans le foyer.

Quoique les ponctions successives faites avec le bistouri soient fort avantageuses, on a proposé, pour que l'air n'entre pas dans la cavité, une aiguille à cataracte ; mais l'exiguïté de l'ouverture fait qu'elle est obstruée par le moindre flocon albumineux, et c'est pour cela que ce procédé a été abandonné, ainsi que celui qui consiste à faire l'ouverture avec le trois-quarts. Petit de Lyon propose de pratiquer la ponction avec un stylet chauffé à blanc, et de vider ensuite l'abcès avec une ventouse : son procédé n'est pas plus usité que le précédent. M. Pelletan a dernièrement présenté, à l'Académie, un instrument à l'aide duquel on opère à la fois le vide et la ponction de l'abcès.

La cautérisation. — Ce procédé était indiqué comme le meilleur par Aretée, mais les modernes l'ont à peu près abandonné. Cependant M. Larrey veut qu'on se serve du feu pour ouvrir les abcès par congestion, et même les abcès aigus des ganglions

inguinaux. Les caustiques chimiques sont d'une application plus journalière ; ils conviennent particulièrement aux sujets pusillanimes ; ils sont aussi généralement employés pour ouvrir les tumeurs abcédées du foie qui font saillie à travers les parois abdominales. L'emploi de la potasse convient encore pour ouvrir les abcès sous-cutanés, lorsqu'on a lieu de craindre que la peau amincie ne se recolle point si l'on se borne à l'incision, et que l'on soit plus tard obligé de recourir à des résections pénibles pour le malade. Enfin, les caustiques doivent être bannis du traitement des abcès par congestion ; mais, suivant M. le professeur Estor, il est très-avantageux d'ouvrir les abcès métastatiques par ce moyen-là, afin d'entretenir dans la région qu'ils occupent une inflammation salutaire.

Le mode d'application de la potasse sur les abcès est très-simple et entièrement semblable à celui que l'on emploie pour établir les fonticules ou cautères.

Nous avons vu, à l'hôpital St-Éloi, lui substituer avec avantage un mélange de chaux et de potasse détrempé dans l'alcool (poudre de Vienne).

La trépanation. — Ce moyen chirurgical ne convient qu'à un petit nombre de cas. Hippocrate connaissait ce procédé, et pratiquait l'empyème, à travers les côtes, à l'aide d'un trépan aigu. Galien, dans un cas, ouvrit un abcès du médiastin antérieur, et trépana le sternum carié : cette opération a été

répétée plus tard par différents praticiens. Mareschal a trépané l'omoplate pour vider des collections purulentes sous-scapulaires. Enfin, on trouve dans les auteurs quelques exemples de trépanation des os longs, pour donner issue à du pus accumulé dans leur cavité médullaire. Nous ne voulons pas oublier la trépanation du crâne pour vider les collections purulentes renfermées dans le cerveau ou ses enveloppes; nous avons vu plusieurs opérations de ce genre à l'hôpital St-Éloi, qui ont été malheureusement sans succès.

§ III. *Favoriser le recollement des parois du foyer.* — Les abcès aigus, qui n'occupent pas une trop grande étendue, guérissent rapidement lorsqu'on en a pratiqué la ponction, et leurs parois s'agglutinent avec facilité; mais il n'en est pas de même des abcès très-étendus qui ont détruit de grandes couches celluleuses, ou dont les parois, amincies et privées de leur vitalité normale, ne pourraient suffire aux frais de la cicatrisation, si l'art ne venait en aide à ce travail naturel. Quelquefois la position du foyer, sa profondeur, le lieu de l'ouverture, s'opposent à ce que le pus s'écoule avec liberté, et le forcent à séjourner dans la cavité de l'abcès. Ce liquide est alors exposé à croupir; il se forme des sinus ou clapiers qui dégénèrent en fistules, ou bien ses parois se dégradent, se détruisent, et un ulcère occupe bientôt la place de l'abcès.

Pour prévenir ou pour combattre ces complica-

tions, la chirurgie offre plusieurs moyens auxquels nous rattacherons particulièrement les suivants.

Le séton. — Il est employé par quelques chirurgiens comme un moyen d'ouvrir les abcès; mais, suivant nous, il ne convient que pour stimuler leurs parois et favoriser leur agglutination. Il consiste à traverser les abcès avec une longue mèche de coton ou de linge effilé, qu'on laisse à demeure dans leur cavité, en ayant soin de renouveler à chaque pansement la portion de mèche souillée de pus. Le séton exige, pour être appliqué, que la tumeur soit ouverte en deux points opposés. Le chirurgien pratique une contre-ouverture en introduisant, dans la cavité de l'abcès, une sonde cannelée dont le bec fait saillir les téguments que le bistouri divise ensuite en se dirigeant sur la cannelure de la sonde. Un stylet armé de la mèche la porte dans le foyer, et la fait sortir par la contre-ouverture. Le séton n'est guère applicable qu'au traitement des abcès froids ou des abcès aigus qui ont occasionné un très-grand délabrement.

Les injections. — Si l'inflammation du foyer n'est pas assez vive, si le pus croupit dans l'intérieur de l'abcès, on aura recours à des injections détersives et stimulantes qui entraîneront la matière accumulée, et rendront aux parois le degré d'irritation nécessaire au recollement; mais si, au contraire, l'inflammation du foyer se prolonge après son ouverture, on prati-

quera des injections émollientes en même temps que des cataplasmes seront placés à l'extérieur. On a même proposé de traiter certains abcès froids comme les hydrocèles, et d'injecter du vin chaud dans leur cavité : les injections irritantes doivent être bannies du traitement des abcès par congestion.

La compression. — La nature guérit quelquefois, par ce procédé, les abcès décollés et les trajets fistuleux. Le retour de l'embonpoint du sujet a suffi pour oblitérer des fistules du fondement : on lit dans les auteurs qu'un abcès décollé des parois abdominales fut guéri par une grossesse, après avoir résisté à plusieurs moyens. La compression sera donc employée avec avantage dans le cas de décollement borné ou étendu, et lorsque la peau sera encore saine. Elle devra s'exercer du fond vers l'ouverture, et remplir le double office de moyen compressif et expulsif.

L'incision. — Lorsque l'abcès a dégénéré en fistule opiniâtre, ce qui est très-commun dans les inflammations suppuratives de la région ano-périnéale, il convient d'inciser le trajet fistuleux, et de le garnir de charpie, afin d'empêcher l'agglutination des lèvres de la division, et de forcer la cicatrice à s'organiser du fond vers les bords.

L'excision. — Cette méthode est généralement indiquée lorsque l'espoir de conserver les téguments dégradés ayant été perdu, ces sortes de franges cutanées semblent devenir étrangères à l'organisation,

et ne peuvent que s'opposer à la guérison de l'ulcère qui succède à l'abcès.

L'emploi de ces divers moyens ne devra pas être isolé. Le chirurgien n'oubliera jamais l'état général du sujet; il combattra par des moyens internes les causes qui entretiennent l'affection locale, relèvera les forces du malade par des moyens appropriés au régime analeptique, l'habitation dans des lieux sains et aérés, et il se convaincra bientôt par ses succès combien est à la fois puissante et nécessaire l'union de la médecine et de la chirurgie.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

Sciences accessoires.

—

De l'hygromètre de Saussure, de sa théorie et de sa construction.

Cet hygromètre a pour but, de même que tous les instruments de ce genre, de reconnaître la quantité de vapeur d'eau que contient l'air atmosphérique. Cet hygromètre est généralement connu sous le nom d'hygromètre à cheveux; voici les détails de sa construction :

Un cadre métallique, dont on néglige la dilatation par la chaleur, comme incomparablement plus petite que les changements de dimensions qu'il s'agit d'observer, présente à sa partie supérieure une pince dans laquelle est fixé le cheveu, dont l'autre bout est attaché à la gorge d'une poulie; un poids de 2 ou 3 grains est pareillement attaché à la même gorge, de manière à tendre constamment le cheveu ; à la poulie s'attache une aiguille dont l'extrémité indique, sur un cadran, si le cheveu s'allonge ou se raccourcit. Les cheveux sont en général imbibés d'une matière grasse; pour les approprier à l'usage hygrométrique de l'instrument, Saussure conseille de les faire bouillir dans du sous-carbonate de soude en dissolution. On trouve les détails les plus complets dans l'ouvrage de M. Lamé (1).

Anatomie et Physiologie.

Caractères de l'embryon du trentième au quarante-cinquième jour.

La question que nous allons examiner est très-difficile à résoudre par nous-même, car nous n'avons

(1) Cours de physique de l'École polytechnique, tom I, pag. 520.

jamais été assez heureux pour disséquer un embryon à quelque terme que ce soit; mais en nous appuyant sur l'autorité de Dugès et de M. Velpeau, nous dirons que l'embryon, à la fin du premier mois, a à peu près quelques lignes de longueur : la tête est plus volumineuse que le tronc; les membres paraissent sous la forme de boutons, bientôt allongés, aplatis, élargis en palette; une sorte de queue fait saillie derrière l'insertion du cordon ombilical dont la base renferme l'intestin; le foie est rouge et remplit presque tout l'abdomen. Dans le cours du mois suivant, le tronc devient autant et même plus volumineux que la tête; celle-ci offre encore un crâne très-renflé; les yeux se montrent comme deux globules noirs; les narines sont deux petits trous, la bouche une fente transversale, l'oreille un pertuis légèrement bordé. Déjà le clitoris ou la verge font saillie; la vulve est perceptible, et, à l'extérieur comme à l'intérieur, on peut fort bien reconnaître le sexe, quoique le clitoris soit aussi saillant alors que le pénis, que la matrice soit petite et profondément bifide, et que les testicules soient, comme les ovaires, placés dans l'abdomen, au-dessous des reins. Le bras, la cuisse commencent à paraître; la main, le pied montrent des doigts bien distincts, sinon séparés, et plusieurs os offrent des points solidifiés.

Pour la partie physiologique, nous pouvons dire que l'hématose s'exerce déjà au moyen du foie (Bichat).

Sciences chirurgicales.

—

Des maladies qui ont été confondues avec des kystes, dans les diverses régions du corps.

Nous ne pourrions répondre convenablement à cette question, sans entrer dans la description des régions où les kystes se rencontrent le plus souvent, et sans comparer ensuite ceux-ci successivement avec les autres tumeurs qui peuvent se développer dans la même région, et donner lieu à des méprises. Un travail pareil est trop long, et la question que nous avons choisie nous dispense de traiter celle-ci avec détail. Nous nous contenterons donc de définir et de caractériser cette tumeur, afin qu'il soit facile d'en établir le diagnostic.

On appelle enkystées, des tumeurs qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans le tissu cellulaire intersticiel des autres organes : ces tumeurs sont caractérisées par une enveloppe propre, dans la cavité de laquelle s'opère une sécrétion particulière qui est séreuse, mélicérique, atéromateuse ou cornée.

La membrane des kystes est formée, suivant certains auteurs, par la distension et l'épaississement d'une aréole du tissu cellulaire. Suivant Bichat, et nous sommes de son opinion, elle est constituée par un tissu de production nouvelle qui, sous le rapport de sa nature et de ses propriétés vitales, doit être assimilé aux membranes séreuses. Mais dans l'impossibilité où nous sommes, ainsi que nous l'avons déjà dit, de traiter convenablement cette question, nous ne pouvons que renvoyer à l'excellent discours de M. le professeur Estor, sur le diagnostic chirur-

gical, ainsi qu'à un ouvrage de Delpech, que rien ne saurait faire oublier (1).

Sciences médicales.

Quelles sont les données séméiologiques fournies par les mouvements, par la palpation, et par l'auscultation de l'aorte?

Nous allons tâcher de répondre en peu de mots à cette triple question qui se rapporte aux signes fournis par la vue (mouvement), par le toucher (palpation), et par l'ouïe (auscultation).

1° *Mouvements.* — On en aperçoit rarement dans l'aorte devenue anévrismatique, et, quand ils sont visibles, ces mouvements n'acquièrent une grande valeur que pour leur réunion à d'autres signes.

2° *Palpation.* — Elle fournit des données plus positives pour le diagnostic de l'anévrisme qui siége dans la crosse ou dans la portion abdominale de l'aorte.

3° *Auscultation.* — C'est de ce moyen d'investigation qu'on peut retirer les éléments les plus précieux de ce diagnostic. Mais il faut avoir grand soin, dans ses recherches, de ne pas confondre avec l'anévrisme de l'aorte des lésions dont les organes voisins pourraient être atteints.

Laënnec lui-même reconnaît qu'un pareil diagnostic est hérissé de difficultés.

(1) Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales, tom. III, pag. 419.